237

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et Soutenue le Jeudi 14 Avril 1910, à une heure

Par **Raoul FENOLHAC**

Né à Combronde (Puy-de-Dôme)
le 12 Juillet 1883

Coxalgie Hystérique

Président : M. PIERRE MARIE, *professeur.*

Juges { MM. POZZI, *professeur*, MARION, CLAUDE, } *agrégés.*

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne, et Rue Monsieur-le-Prince, 12

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	N. DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUÉNU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR ABEL FENOLHAC
qui fut mon premier maître
et sera pour moi un exemple de travail
et de dévouement.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE
en souvenir de son affection.

A MES FRÈRES
témoignage de sincère amitié.

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MARIE

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Avant de terminer nos études il nous est agréable de remercier ceux qui, pendant ces dernières années, nous les ont facilitées et nous ont aidé à acquérir les connaissances nécessaires pour affronter les difficultés de la carrière médicale.

Nos premiers remerciements iront d'abord aux professeurs de l'école de Clermont-Ferrand où nous avons commencé nos études, ils ont su aplanir devant nous les premières difficultés et nous faire aimer la médecine. Nous remercions en particulier M. le Professeur Bousquet, directeur de l'Ecole, professeur de clinique chirurgicale, qui ne nous ménagea pas ses conseils, fut toujours bon pour nous et nous réconforta dans de tristes circonstances. Qu'il reçoive ici l'assurance de notre vive reconnaissance.

A la Faculté de Paris, le Dr A. Broca, chirurgien des hôpitaux, nous familiarisa avec la chirurgie infantile, il voulut bien inspirer cette thèse, il nous guida dans notre travail, qu'il accepte nos sincères remerciements.

Nous avons été attaché aux services de M. le Professeur A. Robin, de M. le Professeur Bar, de M. le Professeur Hutinel, nous avons su apprécier l'honneur qu'ils nous ont fait, nous tacherons de nous montrer digne de leurs leçons, ce sera la meilleure manière de les remercier.

Merci aussi à M. le Dr Hellé, médecin des hôpitaux, qui a bien voulu nous communiquer une observation, et à M. le docteur Genevrier qui a eu l'amabilité de nous aider de ses conseils.

M. le Professeur Pierre Marie a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, nous sommes fiers de l'honneur qu'il fait à notre modeste travail ; nous regrettons qu'il ne soit pas plus digne d'un si haut patronage et le prions de recevoir avec l'assurance de notre haute considération nos sincères remerciements.

INTRODUCTION

La coxalgie hystérique ne constitue pas un tout immuable, avec des symptômes bien déterminés, invariables. Bien au contraire, c'est une affection qui n'a d'autre règle que la fantaisie du malade et qui varie avec chaque individu. Comme l'a dit A. Broca, dans une leçon clinique sur ce sujet, leçon dont nous nous sommes inspiré : « Il n'y a pas un type de coxalgie hystérique, il n'y a pas deux malades qui se ressemblent, » et les quelques observations que nous avons réunies viennent à l'appui de cette assertion. On est frappé, en parcourant l'histoire de ces malades, par les différences qui apparaissent à chaque cas ; chez l'un ce sera une douleur exagérée qui attirera l'attention, tandis que d'autres ne ressentent aucune souffrance ; chez un autre il y aura attitude vicieuse en abduction et rotation externe ou adduction et rotation interne ; l'un sera en flexion, l'autre en extension, enfin il n'y a qu'un point de

commun que l'on trouve toujours, c'est l'exagération et l'excentricité des troubles.

Malgré cette association plus ou moins variée de symptômes, on peut cependant en les étudiant les uns après les autres, faire ressortir leur caractère et tracer un cadre général de cette affection. C'est ce que nous allons nous efforcer de faire.

HISTORIQUE

La coxalgie hystérique fut pendant longtemps inconnue : ce fut Hoffman qui le premier attira l'attention sur cette affection en parlant d'une malade qui « *præsentem in pede et in femore sinistro circa os ischion dolorem fere intolerabilem sentiebat motus pedi impedientem.* » Mais la principale description a été donnée par le médecin anglais Brodie, qui en 1837 étudia cette maladie et déclara que dans la haute société, les 4/5 des femmes qui se plaignent d'affections articulaires, sont des hystériques. »

Après Brodie, de nombreux auteurs s'occupèrent de la coxalgie hystérique, et confirmèrent la description de Brodie.

Ce ne fut qu'en 1859 que Verneuil, en France, publia une observation dans le *Progrès médical*, il semble même qu'elle ait paru peu retenir l'attention du monde médical, puisqu'il faut aller jusqu'en 1865 pour entendre parler de nouveau des troubles hystériques des membres inférieurs. A cette époque Ver-

neuil reprit la question à la Société de Chirurgie de Paris, discussion dans laquelle il montra les caractères particuliers de cette affection.

Mais c'est Charcot qui insista le plus dans ses leçons, qui fit une statistique où sur 78 cas il avait trouvé 18 fois des troubles de l'articulation de la hanche tandis qu'il avait 38 cas des troubles du genou; Charcot s'appliqua à démontrer que les troubles provenaient de traumatismes, mais traumatismes survenant chez des sujets à état mental particulier, et il disait qu'il y avait plutôt suggestion traumatique car dans la plupart des cas il s'écoulait un temps plus ou moins long entre la cause et l'effet.

Paget, d'ailleurs, vint confirmer les observations de Charcot, et déclara que l'on était surtout en présence de cas d'imitations, que souvent l'on trouvait dans l'hérédité ou l'entourage de l'enfant, des arthropathies de la hanche et il cite le cas d'une fillette qui a son frère coxalgique vrai. Briquet, insistant aussi sur la fréquence de ces troubles hystériques au membre inférieur, il disait « je l'ai vue siéger aux épaules, mais la hanche et le genou sont le siège habituel dans les trois quart des cas, et si quelquefois elle occupe plusieurs articulations elle est ordinairement moins articulaire et siège plutôt à gauche. »

Gilles de la Tourette, dans son traité de l'hystérie, étudia à fond la question, insista surtout sur la douleur, douleur exagérée, peu localisée, cutanée, et attira l'attention sur la contracture qui, dans certains cas, peut être excessive.

Babinski les a définit accidents hystériques produits par suggestion, disparaissant sous l'influence exclusive de la persuasion.

Depuis cette époque plusieurs auteurs ont parlé de la coxalgie hystérique, confirmant les opinions précédentes, n'apportant aucun changement aux idées émises par leurs prédécesseurs.

ÉTUDE CLINIQUE

Si on porte un diagnostic à première vue, en voyant arriver le malade, dans la plus grande partie des cas on pensera à une coxalgie tuberculeuse, car rien au premier abord ne différencie les deux affections au point de faire songer à une coxalgie hystérique, cas assez rare en rapport de la véritable coxalgie.

I. — **Examen du malade debout**

L'enfant se présente (comme nos observations portent presque toutes sur des enfants, nous les prendrons donc comme types de notre description, bien qu'elles puissent aussi bien se rapporter à un adulte comme le démontrent 2 observations), l'enfant arrive donc avec une claudication prononcée, évitant de se porter sur le membre malade, plongeant de ce côté là et retombant sur le membre sain. Le malade fauche avec son pied évitant de fléchir le membre et l'on entend deux sons inégaux répondant à un appui différent des deux pieds, ce que l'on a désigné sous le nom de signe du moquignon. Rien dans cette démarche ne différencie de la coxalgie vraie, c'est bien la démarche type, mais dans le cas qui nous

occupe il n'en est pas toujours ainsi et nos observations viennent mettre en défaut ce précieux signe. Si, en effet, nous nous rapportons à notre observation II, nous apprenons que notre malade a beaucoup de mal à marcher, faisant à chaque pas un véritable plongeon, menaçant de tomber; mais au lieu, en se retenant, de prendre appui sur son membre sain, ce qui devrait se faire normalement, c'est sur la jambe malade qu'elle retombe, c'est elle qui frappe le plus fortement le parquet, en somme nous sommes bien en présence du signe du moquignon, mais à l'envers, ce que l'on ne remarque jamais dans une lésion tuberculeuse; jamais non plus dans ces affections on ne verra un malade se porter aussi bien d'un côté que de l'autre, fait que l'on peut constater dans la photographie de notre petit malade (voir fig. 1 et 2).

Fig. 1. Obs. V, D. André.

Si maintenant on fait arrêter le malade devant soi, il prend un point d'appui sur le membre sain, mettant l'autre en abduction ou adduction avec plus ou moins d'équinisme, et il ne lui

est pas possible de mettre les deux pieds l'un à côté de l'autre. Tel est ce qui se passe dans la coxalgie vraie tel est ce que l'on voit quelquefois même avec plus d'exagération dans l'hystérie, mais on voit aussi dans ces cas, ce qui était impossible de faire quelques instants avant, s'accomplir facilement si l'on a soin de détourner l'attention de l'enfant, et sans peine l'on peut emmener les talons l'un à côté de l'autre comme on le voit sur nos figures ci-contre (fig. 3, 4) où l'enfant a le membre en abduction et l'on en arrive cependant à rapprocher les talons.

Fig, 2. Obs. V, D.André.

Fig. 3. Obs. V. D, A.

Ainsi dans la démarche, dans la façon de se tenir, on peut trou-

ver assez de signes permettant, sinon de fonder un diagnostic, du moins de douter de la première impression et invitant de pousser ailleurs ses investigations.

II. — **Début de la maladie**

Mais si jusque-là rien n'a frappé on est tout de suite surpris quand on demande aux parents comment la maladie a commencé. On est loin alors du début insidieux de la coxalgie, des longues périodes de fatigue et de boiterie peu prononcée avec aggravation progressive. Ici on apprend que la veille l'enfant allait bien, qu'il a joué avec ses camarades et qu'en rentrant il s'est plaint

Fig. 5. Obs. V.D. A.

Fig. 4. Obs. V. D. A.

de douleurs dans la jambe et dans l'impossibilité de continuer à jouer. Ou bien il a accusé un coup, il est tombé et depuis traîne la jambe, mais il y a complètement désaccord entre la cause et l'effet, la boiterie est disproportionnée avec le choc, et elle va chez certains jusqu'à rendre la marche impossible, ce qu'une lésion tuberculeuse mettrait des mois à produire.

Fig. 6. Obs. V. B. A.

D'ailleurs, la figure même de l'enfant diffère de celui du vrai coxalgique ce n'est pas cette figure souffreteuse, amaigrie, mais au contraire elle respire la santé et contraste avec tous les autres symptômes, tel la fig. 6, 7, 8.

Fig. 7. Obs. V. D. A.

Mais les phénomènes ne débutent pas toujours avec la même rapidité, il arrive que l'enfant continu à jouer, ou qu'il ne se plaint de rien, ce n'est que le lendemain qu'il accuse

une douleur, ou que l'on constate une contracture. On dirait, selon l'expression de A. Broca, « que la nuit a porté conseil. » Charcot avait déjà noté ce retard entre la cause et l'effet et disait qu'il y avait « un temps de méditation. »

Fig. 8. Obs. V, D. A.

Bien souvent il n'est besoin ni d'un choc ni d'une chute, une simple frayeur, bien moins une conversation entendue, une lecture peuvent être le début de ces troubles, car au-dessus de toutes les causes physiques il faut placer l'imagination de l'enfant. On a à faire à des sujets impressionnables, qui ont été frappés par ce qu'ils ont vu ou entendu dire, qui gardent cette image gravée, qui la ressassent sans cesse, la grandissent et finissent par se l'approprier. C'est ainsi que notre malade III a eu une de ses cousines germaines soignée pour coxalgie, coxalgie dont elle a gardé une boiture très prononcée : certainement que cela l'a préoccupée, pour elle tout s'est résumé dans une attitude vicieuse ou à une période indolente, elle a donc imité cette attitude en l'exagérant, mais elle n'a pas songé à souffrir, elle n'a pas non plus songé qu'il pouvait y avoir des

limites dans les déformations, il en est de même quand la prétendue coxalgie vient en imitation de luxation de la hanche. Charcot, dans ses leçons sur l'hystérie avait bien insisté sur le degré d'impressionnabilité et la facilité de suggestionner ces sujets, et il a cité le cas d'une jeune femme chez qui, par simple suggestion, il est arrivé à reproduire tous les troubles de la coxalgie.

Broca a insisté aussi beaucoup sur le rôle prépondérant de l'imagination et des imitations, imitations partielles et discordantes qui mettent sur la voie du diagnostic et il a ajouté « que la coxalgie hystérique de l'enfant est peut-être aussi variable dans ses manifestations parce que le temps a manqué aux sujets pour une éducation complète. »

D'ailleurs, le traitement employé chez nos malades prouve aussi l'importance qu'il faut y attacher puisque tous les symptômes, toutes les difformités cèdent à la simple persuasion et que la principale et même la seule chose nécessaire pour guérir ces malades est de savoir bien inspirer confiance.

III. — **Examen du malade couché**

(a) *Contracture*

Si maintenant l'on examine le malade couché sur le lit, ce qui attire au premier abord le regard, c'est la contracture, contracture qui ne suit aucune règle, qui dans certains cas peut être très peu prononcée, comme dans notre observation IV, mais qui en général est excessive. Gilles de la Tourette avait insisté sur ce point et avait dit « aucune maladie organique n'est capable de produire une contracture aussi intense, s'accompagnant aussi souvent de troubles de la sensibilité. » Mais le point principal qui caractérise la contracture hystérique, c'est son excentricité. Ainsi dans notre observation I, la petite L. Louise examinée couchée, ne peut fléchir sa cuisse sur son bassin, et fléchit sans gêne aucune le genou ; si un moment après on veut la faire asseoir, elle s'assoit très bien mais se croit obligée de tenir sa jambe raide; si étant debout on veut lui faire ramasser un objet par terre,

elle garde son genou tendu mais fléchit la hanche comme le montre la figure ci-dessous.

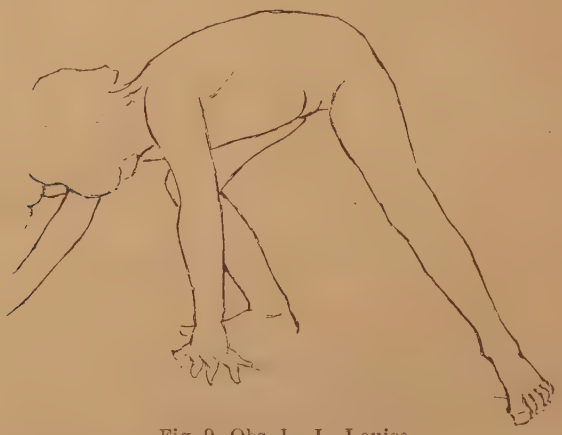

Fig. 9. Obs. I. L. Louise
Coxalgie hystérique.

Il faut, comme nous le disions plus haut, tenir compte du début de la contracture, car la manière dont elle s'installe diffère complètement de celle de la coxalgie vraie. Tandis que, dans celle-ci, elle s'établit lentement allant chaque jour en s'accentuant, dans la coxalgie hystérique, d'emblée elle prend la forme d'une lésion ancienne qui évolue depuis de nombreux mois.

Dans la coxalgie organique ordinairement le membre se met en abduction et rotation externe, tandis que dans la coxalgie hystérique il n'existe pas de règle et l'on voit souvent le membre en adduction et rotation interne dès le premier jour.

Dans certains cas, tous les muscles de la jambe sont en contraction et l'on a la jambe en extension sur la cuisse, le pied en extension sur la jambe, en

équinisme, faisant un tout rigide. Dans d'autres, il y a flexion plus ou moins prononcée sur le bassin, le malade est couché en chien de fusil et il est impossible d'étendre la jambe; cependant dans une obs. on est arrivé à l'emmener sur le plan du lit sans produire la moindre ensellure lombaire, ce qui est un bon signe d'intégrité de la hanche, car on sait que dans la coxalgie organique il n'est pas plus possible de corriger la flexion que de l'accentuer et cependant nous voyons encore notre même malade couché sur le dos exagérer la flexion sous la pression de la main jusqu'à la porter

Fig. 10. Obs. III. P. Velesle, 13 ans membre en abduction.

contre sa paroi abdominale ; la malade croyait certainement bien faire et ne pensait pas par ce simple mouvement donner une preuve de la fausseté de son affection.

Fig. 11.

De même si on la fait asseoir elle le fait avec une certaine raideur, mais avec une flexion évidente de la cuisse sur le bassin, comme on peut le voir à la page 26.

Si dans beaucoup de cas ces contractures sont passagères, il en est qui sont tenaces, résistent à tous traitements et font de celui qui en est atteint un infirme pendant des mois et des années jusqu'au jour où quelqu'un s'adressant à leur imagination le fera disparaître en un temps assez court.

Il est assez rare de voir la contracture hystérique s'étendre aux deux membres inférieurs à la fois, elle est ordinairement unilatérale : ceci s'explique assez

facilement si l'on se souvient que l'on a à faire dans la grande majorité des cas à des imitateurs qui tachent de copier un coxalgique vrai qu'ils ont vu boiter, ayant un membre sain dont ils se servaient.

La contraction hystérique a la propriété de céder sous l'influence de l'anesthésie chloroformique ; pendant longtemps on en a fait la base du diagnostic, négligeant les symptômes physiques, se contentant au moindre doute d'anesthésier le malade, et quand on voyait la raideur articulaire dispa-

Fig. 12. Obs, III. Malade couché cuisse en flexion.

raître à mesure que le sommeil devenait plus profond, on portait le diagnostic de coxalgie hystérique.

Fig. 13. Obs. XII. La même flexion exagérée par la pression

Cependant il est prouvé et Ollier, de Lyon, avait insisté sur ce point, que dans les premières périodes de la coxalgie tuberculeuse, les contractures disparaissent aussi complètement sous l'influence du chloroforme, car alors la contracture est occasionnée par la douleur et l'inflammation de la synoviale qui limitent les mouvements et non par une ankylose osseuse. Il ne faut donc pas faire reposer le diagnostic sur la chloroformisation seule.

Mais le sommeil provoqué n'est pas seul à agir sur les contractures, et on les a vues disparaître dans le sommeil naturel. A. Broca, dans une clinique sur les contractures hystériques, cite le cas d'un enfant atteint de torticolis

qui la nuit tournait la tête en tous sens et dont la tête n'était immobilisée qu'à son réveil.

Ainsi la contracture hystérique, comme tous les autres symptômes, n'est pas liée à des règles déterminées, elle peut se présenter de différentes manières, mais elle a cependant des caractères assez bien déterminés pour aider à fixer le diagnostic.

(b) *La douleur*

Il en est de même de la douleur qui n'est pas, comme plusieurs auteurs l'ont pensé, un signe que l'on retrouve dans tous les cas et qui efface tous les autres, car souvent le malade ne se plaint pas, ce qui rend le diagnostic plus facile puisque dans la coxalgie tuberculeuse elle est constante et bien loca-

Fig. 11. Obs. III.

lisée et l'on s'explique facilement cette absence de douleur chez les sujets qui ont eu pour exemple de veille coxalgique indolore ou des luxations congénitales de la hanche; jamais ils ne les ont entendus proférer la moindre plainte, ils imitent ce qu'ils ont vus : la boiterie. Mais même chez les malades où elle existe, elle est complètement différente de la douleur sourde de la coxalgie vraie. Dans la coxalgie hystérique c'est une douleur aiguë non limitée à un point particulier et que l'on ne réveille pas en appuyant sur la tête du fémur ou en exerçant une pression sur le trochanter : ces points si nets, si précis dans la lésion tuberculeuse manquent et Brodie qui, le premier, a étudié ces manifestations, avait déjà bien insisté sur cette différence : « la douleur, disait-il, s'étend à tout le membre, le malade fait des grimaces, pousse quelquefois des cris si l'on exerce une pression sur la hanche, mais il le fait aussi si l'on presse sur l'os coxal, la région lombaire, la cuisse et même la jambe. » D'aîlleurs, dans nos observations et dans la première en particulier, le point le plus sensible n'est pas la hanche, mais le genou et le mollet.

Donc la douleur, quand elle existe, n'est pas localisée et de plus elle est paradoxale. Si dans une coxalgie on essaye de faire faire au malade des mouvements de flexion, d'abduction, on produit bien de la douleur, mais seulement quand le mouvement est assez prononcé, tandis que dans la coxalgie hystérique, sitôt que l'on touche le membre, à la moindre

tentative faite pour le soulever du plan du lit, ce sont des cris, des plaintes qui empêchent de continuer l'examen et ne répondent pas par leur intensité au degré de la lésion.

Charcot avait aussi insisté dans ses leçons du jeudi sur la superficialité de la douleur ; pour lui il y a surtout de l'hyperthénie cutanée et l'on arrache autant de cris au malade si l'on pince la peau, que si on l'appuie sur les parties profondes, Il est même allé plus loin et a déterminé très nettement cette zone d'hyperthénie en la comparant à un triangle « dont le sommet serait les racines des bourses, ou le mont de Vénus et dont la base s'éloignerait de plus en plus parallélement au plis de l'aine qu'elle a pour centre de direction, contournant la fesse, allant s'implanter sur le sacrum, empiétant quelquefois assez haut sur la région hypogastrique ». Mais chez nos malades nous n'avons pas retrouvé cette zone d'hyperthénie ; il est vrai qu'on ne doit pas oublier qu'il existe de grandes variétés de troubles.

Un caractère de la douleur qui est plus constant, est son absence pendant la nuit ; ordinairement le sommeil est respecté, on n'a pas ces réveils en sursaut, ces cris aigus, ressemblant aux cris méningés qui sont si fréquents dans la coxalgie tuberculeuse ; cependant dans l'observation de M. Hellé il est bien spécifié que la malade était réveillée la nuit par des douleurs violentes, ce qui est une preuve de plus de l'excentricité des symptômes. Enfin il ne faut pas

oublier à quel sujet nous avons à faire, avec quelle imagination nous avons à lutter, imagination toujours prête à tout exagérer, à tout porter au pire. Et plus on s'intéressera au malade, plus on portera de soin à l'examiner, plus les douleurs seront vives. Si au contraire on arrive à la distraire, à la faire causer, à l'intéresser à autres choses, il sera possible d'exercer des pressions assez violentes et à quelques instants ; auparavant on ne permettait le moindre effleurement, mais aussitôt que le malade reviendra à son nid, il se plaindra comme avant.

Après la contracture et la douleur, on peut trouver de l'atrophie musculaire, nous la signalons dans plusieurs de nos observations, ce qui prouve qu'on ne doit pas en faire un signe de lésion tuberculeuse comme l'avaient pensé plusieurs auteurs. Il est certain que lorsqu'on la trouve on doit d'abord penser à une lésion organique car, dans tous les cas, on l'a vu exister, mais nos malades sans rien avoir avaient une atrophie musculaire, atrophie expliquée peut-être par le repos prolongé, peut-être par quelque lésion nerveuse. Ce n'est donc pas sur ce signe que l'on peut s'appuyer pour consolider le diagnostic.

Plus sérieuse sera la présence d'inflammation ganglionnaire car, dans aucun cas, on ne voit une adénopathie inguinale accompagner une coxalgie hystérique tandis que c'est un signe précoce et constant de lésion tuberculeuse.

Enfin, l'examen complet de l'enfant prouve qu'il

n'y a aucune lésion tuberculeuse d'aucun autre organe, qu'il n'y a rien de suspect dans son hérédité de ce côté-là, tandis que souvent on trouve sinon des affections nerveuses chez les parents ou dans les premières années du malade, du moins une impressionnabilité exagérée.

Maintenant que nous avons examiné les symptômes les uns après les autres, nous ne pouvons mieux faire que de voir comment ils se présentent dans les quelques observations que nous avons réunies.

Observation I

Hôpital des Enfants Malades. — Service du docteur Broca

L. Louise entre salle Archambaud, hôpital des Enfants Malades.

Cette enfant de très belle apparence, rose et grasse, ayant l'air très calme, est conduite à la consultation parce qu'elle est atteinte, nous dit-on, de coxalgie gauche. On nous raconte qu'au début de février 1907 elle a fait une chute sur le genou de là une douleur et une impotence fonctionnelle pour lesquelles elle a d'abord été conduite dans le service de M. le Professeur Kermisson où elle a été soignée sans aucun résultat. Elle sort de l'hôpital boitant comme avant et on nous la reconduit sur l'avis d'un médecin qui affirmant l'existance d'une coxalgie considérait qu'un appareillage était indispensable.

L'enfant se présente avec une claudication très prononcée, la marche a lieu avec appui escamoté sur la jambe gauche en abduction, flexion légère en équinisme, avec appui énergique sur la jambe droite et signe du maquignon de ce côté.

Au premier abord l'enfant habillée semble bien avoir une boiterie de coxalgie gauche et sur l'enfant nue et debout on vérifiait cette abduction gauche avec appui presque exclusif à droite. C'est ce que nous montre les figures précédemment citées, mais dans ces 3 photographies on est frappé par la pose de l'enfant. Celle-ci pose avec tranquillité, semblant avoir plaisir à se trouver devant un appareil photographique. Ce n'est pas ainsi ordinairement que se présente un vrai

coxalgique ayant pareil degré d'abduction, quand on le fait arrêter après une marche il se pose sur le membre sain mais a l'air de souffrir, et non la pose triomphante de la petite Louise.

Sur la malade couchée, nos soupçons se trouvèrent tout de suite confirmés car il n'existait aucune atrophie musculaire, aucun engorgement ganglionnaire, aucun empâtement autour de la hanche, la douleur à la pression n'y offrait aucune fixité anatomique tandis qu'elle était toujours accusée au niveau du genou sur lequel avait eu lieu la chute. Mais à ce genou on communiquait sans peine une flexion complète tandis que la hanche était tout à fait raide, dans cette contracture l'abduction l'emportait de beaucoup sur la flexion, et quand on cherchait à imprimer des mouvements à la hanche on provoquait des démonstrations exagérées de douleur.

Nous fîmes alors asseoir l'enfant, elle le fit sans aucune gêne coxo fémorale mais crut bon de garder le genou en extension, le pied en avant de la chaise au-dessus du sol. De même quand on lui commandait de ramasser un objet à terre elle conserva le membre en abduction, mais en raidissant le genou et en fléchissant la hanche comme le démontre la figure 9.

Nous n'avons pas pu trouver par l'interrogatoire où l'enfant avait puisé le modèle qu'elle imitait si imparfaitement, d'après cette vague notion que les coxalgiques ont mal au genou. Mais nous avons appris qu'en novembre 1906, puis en décembre sans cause connue elle s'était plainte de la région sterno-cléido-mastoïdienne droite avec torticolis dont elle avait été guérie une fois en 3 jours et l'autre fois en 15 jours.

Nous lui avons d'abord suggéré qu'on la guérirait en lui mettant dans le creux poplité gauche un traversin baptisé appareil électrique, puis nous l'avons soumis à une éducation motrice des membres inférieurs et elle a guéri complètement.

Observation II

Hôpital des Enfants Malades. — Service du docteur Broca

R. Germaine, âgée de 11 ans et demi, entre à l'hôpital parce qu'étant tombée il y a quinze jours son genou gauche a enflé, est devenu douloureux et que depuis elle marche péniblement.

Son père et sa mère vont bien, jamais malades, sa mère a eu deux fausses couches et un enfant mort de méningite à 18 jours.

L'enfant est née à terme, a été élevée au sein, a marché à 18 mois. A eu la varicelle à 6 ans, la coqueluche à 7 ans, la rougeole à 8 ans.

Soignée pour coxalgie à l'hospice d'Arpajon, il y a 5 ans, on lui découvrit un abcès froid dans le dos. On la mit dans le plâtre à cette époque et successivement on lui appareilla les deux hanches. Rentrée chez elle, sans plâtre, elle resta longtemps couchée.

A l'examen de l'enfant on constate un peu d'atrophie de la cuisse et on réveille des douleurs à la pression de la tête fémorale en avant. A l'exploration de la hanche la flexion est un peu limitée, l'abduction est normale, mais détermine une légère douleur de la hanche. L'hypertension semble moins étendue qu'à droite, petits ganglions inguinaux des deux côtés.

On fait le diagnostic de coxalgie probable, disant à la malade de revenir pour la surveiller.

8 jours après, aucun changement.

Il en est de même 15 jours plus tard.

Jusqu'à présent la malade a été examinée dans le service de M. le docteur Broca pendant les vacances en son absence. On la lui montre à son arrivée, le 15 octobre, il l'examine à nouveau et ne retient pas le diagnostic de coxalgie parce qu'à l'examen physique il ne trouve à la hanche aucune attitude vicieuse, aucune limitation des mouvements, sauf un peu

dans l'abducation. Aucun signe d'engorgement ganglionnaire. Quant à la douleur à la pression recherchée sans aucun ordre pour ne pas faire l'éduction de l'enfant, elle était accusée en des points variables, n'ayant aucune valeur anatomique et aussi bien à la pression superficielle qu'à la pression profonde.

Cet état local contrastait gravement avec la claudication très prononcée, accompagnée d'un plongeon considérable, mais celui-ci avait lieu sur le membre prétendu malade, c'est sur celui-ci que l'enfant retombait, c'est lui qui sonnait le plus fort quand on écoutait l'enfant marcher. Il ignorait la valeur du signe de maquignon et croyait (comme beaucoup de gens) qu'un cheval boite du pied de devant sur lequel il plonge. En plus, quand on la faisait marcher et s'arrêter, elle s'appuyait indifféremment sur les deux jambes et repartait aussi bien sur l'une que sur l'autre. Mais pour se tenir à cloche-pied, elle déclarait que cela lui était absolument impossible sur la jambe gauche.

On l'envoya trois fois par semaine à la gymnastique et on obtint une amélioration rapide. Au bout de quelques jours elle ne boitait plus du tout.

Elle sortit le 27 octobre en très bon état et revint toutes les semaines à la gymnastique.

Observation III

Hôpital des Enfants Malades. — Service du docteur BROCA.

P. Valentine, âgée de 13 ans, entre à l'hôpital le 10 décembre 1908, accompagnée par son père, menuisier, qui dit avoir toujours joui d'une très bonne santé. Sa mère est aussi très bien portante, mais très nerveuse, très impressionnable. Elle a quatre frères et sœurs. Un frère est mort d'accident (noyé), une sœur est morte après quinze jours de maladie qu'on ne sait préciser. Il en reste deux de vivants, l'un de 18 ans et

l'autre de 5 ans, tous deux bien portants. Nous apprenons qu'une cousine de la malade, âgée de 18 ans, présente une luxation congénitale de la hanche droite : elle a été traitée sans succès dans sa première enfance.

Valentine est née à terme après une grossesse et un accouchement qui n'avaient rien représenté de remarquable. Élevée au sein jusqu'à 18 mois, puis au biberon, a mis ses premières dents à 5 mois et a marché à 2 ans. Sa marche a été normale jusqu'à 10 ans, n'a eu comme maladie que la rougeole et la coqueluche.

A 10 ans, en pleine santé, elle fut prise, un jour, en allant en classe, d'une forte douleur au genou gauche, elle put tout de même se traîner à l'école, où la douleur persista ; à la rentrée de l'école, la mère frictionnait le membre à l'alcool camphré. Un médecin appelé les jours suivants conseilla le repos, des frictions et un sirop que l'on ne peut spécifier. Les choses restèrent ainsi pendant un mois, puis les douleurs cessèrent et l'enfant put revenir à l'école. Pendant un an la santé fut bonne, mais au bout de ce temps la douleur revint subitement, à l'école, sans cause appréciable. Elle est toujours localisée au genou gauche et au mollet ; spontanée, continue, sans période d'aggravation, cette douleur ne l'a jamais empêchée de dormir, jamais elle ne fut réveillée en sursaut, jamais elle n'eut de cris nocturnes. On employa le même traitement : repos, frictions, et l'on eut de bons résultats.

Il y a eu un an au mois de juillet, l'enfant ayant fini ses classes commença à travailler chez elle comme plumassière, elle ne se plaignit pas de la jambe, sauf après quelques fatigues.

En février, elle vint à Paris et souffrit un peu, la marche étant gênée, mais elle ne se plaignit pas, ne voulant pas avertir sa famille. Les choses restèrent ainsi jusqu'en octobre, époque ou elle dut s'arrêter définitivement. Le médecin consulté conseilla du repos et des fortifiants mais cette fois-ci pas d'améliorations, au contraire la marche et l'attitude devinrent

plus mauvaises. C'est dans ces conditions qu'elle vint à l'hôpital.

L'enfant arrive traînée par deux personnes qui l'accompagnent, ne pouvant se tenir debout. Elle est assez bien développée pour son âge, un peu anémique, intelligente, bien éveillée.

Si on l'a fait coucher elle se tient en chien de fusil sur le côté droit le membre inférieur fléchi et à la hanche ; si, placé en flexion et en adduction très prononcée.

Cette position paraît assez fixée, mais en s'y prenant avec douceur on arrive peu à peu à la corriger en réveillant un peu de douleur au genou, néamoins on arrive à placer le malade en rectitude en effaçant toute flexion sans ensellure lombaire.

En explorant les mouvements on constate que l'on peut produire une flexion et une adduction anormale et quand on fait asseoir l'enfant elle s'assoit avec flexion évidente de la hanche. Ce qui montre que l'enfant imitant l'immobilisation avec flexion et adduction savait nous créer l'attitude vicieuse mais ignorait qu'en cas de coxalgie nous n'aurions pas pu l'éxagérer.

Au palper on ne constate aucune douleur nettement localisée, des douleurs partout, variable à chaque instant comme siège, comme profondeur, comme intensité mais pas de ganglions. — Les muscles de la cuisse et du mollet sont manifestement atrophiés, mais flasques.

La palpation du genou ne laisse rien remarquer d'anormal au point de vue anatomique. Au contraire on réveille partout des douleurs très vives ainsi qu'au mollet qui paraît être une des régions les plus douloureuses chez notre petite malade.

A l'examen des réflexes on ne trouve rien. Si on fait lever la malade la jambe est en flexion de 45° et adduction, elle semble ne pas se porter du tout sur ce membre prenant son point d'appui sur la jambe droite redressée en pillier.

La marche est presque impossible, c'est à peine si l'enfant essaye de faire quelques pas en se tenant après la table, dans

ce déploiement elle se porte très peu sur la jambe malade, pendant l'effort celle-ci se fléchit sous le poid et en même temps elle paraît souffrir beaucoup localisant surtout la douleur au genou.

Le bassin paraît abaissé du côté gauche d'où déviation lombaire légère de la colonne vertébrale a convexité tournée à gauche corrigée par une convexité dorsale droite.

Lorsque l'enfant est debout depuis un moment on remarque facilement des secousses fibrillaires multiples étendues surtout à la fesse et à la cuisse gauche.

Dans l'état général de la malade rien de bien remarquable à noter. Elle présente ces stigmates nerveux nombreux, hyposthénie, hypersthénie en plusieurs endroits. En général la face postérieure du membre inférieur gauche paraît très sensible par contre sur le bras droit, sur le thorax on trouve des zones d'insensibilité presque complète. Pas de reflexe pharyngien.

Le 16 décembre M. Broca fait sa leçon sur ce sujet et présente la malade. Après la leçon, l'ayant fait lever il lui apprend à allonger, à raidir son genou, à marcher en prsnant un bon appui. Elle exécute ces mouvements avec beaucoup de peine mais elle rentre salle Bilgrain marchant sur ses jambes légèrement soutenue par une infirmière, alors qu elle était venue à la salle de conférence sur un brancard. Elle reste debout jusqu'à 6 heures du soir ne se plaignant que d'un peu de fatigue, d'un peu de douleur dans le genou et le mollet.

On lui a fait chaque jour du massage, accompagné de mouvements d'extensions et flexions du membre inférieur, surtout on a taché de convaincre la malade qu'elle ne devait plus souffrir et on lui a fait constater que tous les mouvements de sa jambe étaient parfaits.

En effet aujourd'hui 20 elle marche très bien dans la salle, va d'un lit à l'autre sans gêne, se tourne rapidement sur ses pieds, a une démarche normale.

En outre l'état général est excellent, plus de douleurs au

genou et au mollet. Elle s'en va et reviendra au massage tous les deux jours.

Revue le 15 janvier va très bien, ne se sent de rien,

Observation IV

Service du docteur BROCA

H... Eglée, âgée de 14 ans, vient de l'hôpital des enfants malades, se plaignant de douleurs dans la hanche.

Son père est mort à 43 ans d'un epithelioma de la langue, il était syphilitique.

Sa mère toujours bien portante, dit-elle, a eu 12 enfants et 3 fausses couches.

Eglée est née à terme, a été élevée au biberon. A l'âge de deux ans, elle a eu une angine diphterique, puis la rougeole. Elle s'est bien portée jusqu'à l'an dernier ou elle a eu une adénite bacillaire sous maxillaire droite dont elle a été opérée en février 1907 et dont elle est bien guérie. Un peu plus tard elle a eu une hydarthrose du genou droit, traitée à Lariboisière, en novembre 1907, par des pointes de feu,

Depuis cette époque, elle souffre de douleurs dans la région lombaire et dans les hanches, la marche serait pénible et l'enfant se fatiguerait vite. C'est à cause de ces douleurs que sa mère l'emmène le 11 février 08.

En examinant l'enfant debout, elle se porte également sur ses deux jambes.

Si on la fait marcher elle a une légère claudication le nembre droit restant complètement raide.

Sur le lit si on examine l'articulation du genoux on provoque de légers craquements mais pas de limitation des mouvements. Les deux hanches sont complètement saines, aucune gêne dans l'abduction, aucune douleur provoquée par l'examen méthodique et les mouvements forcés. Pas la moindre ensellure lombaire, aucune trace d'atrophie musculaire, aucun ganglion dans l'aine.

Il ne peut donc être question de coxalgie tuberculeuse ni d'affection articulaire. Il y a tout lieu de penser que l'on est en présence d'une coxalgie hystérique, car la malade se plaint en exerçant une pression à la partie supérieure du sacrum. On ne peut limiter la zone d'anesthésie cutanée, mais on trouve une anesthésie pharyngienne presque absolue, et absence complète de reflexes. Très légère limitation du champ visuel.

La radiographie confirme l'intégrité des hanches.

On envoie l'enfant à la gymnastique et très rapidement on obtient une amélioration considérable.

Elle sort de l'hôpital le 8 mars ne boîtant plus du tout, doit revenir chaque semaine faire des séances de gymnastique.

Observation V

Hôpital des Enfants Malades. — Service du docteur BROCA

D.-André, âgée de 12 ans, entre le 11 février à la salle Archambaud.

Ses parents sont bien portants, jusqu'à présent elle n'a pas été malade, à part une adénite cervicale survenue l'année dernière. L'enfant a été élevée à la campagne chez ses grands-parents en Charente. Elle a une sœur coxalgique soignée à Berk.

Le 11 janvier, sans cause apparente, sans accuser de douleurs, elle s'est mise à boîter de la jambe gauche et a continué depuis. C'est pour cela que sa famille, craignant une coxalgie, l'emmène à l'hôpital.

On fait marcher l'enfant, elle boite certainement de la jambe gauche et c'est de celle-là qu'elle escamote le pas. Mise debout immobile, elle se hanche sur le membre droit et met le membre gauche en flexion abduction et rotation en dehors.

Ces attitudes sont bien celles de la coxalgie, mais on est

frappé de ce que la malade ait eu une boiterie très exagérée dès le premier jour, qu'elle ne sort pas, augmente par la suite et que jamais elle se soit accompagnée de douleurs.

On fait coucher l'enfant et, à l'examen, on a la certitude qu'il n'y a aucune modification physique appréciable, ni atrophie musculaire, ni ganglions. Aux mouvements communiqués aux membres on n'éprouve aucune gêne, aucune résistance, et il est impossible d'éveiller un point douloureux à la pression aux endroits ordinairement atteints. Tout ceci est incompatible avec une coxalgie en période aussi avancée de flexion et d'abduction.

Tout soupçon de coxalgie étant enlevé, on fit relever l'enfant et on lui ordonna de marcher; la faisant arrêter et repartir aux commandements, elle s'arrêta indifféremment sur la hanche gauche ou droite et elle repartit aussi bien sur le pied droit que sur le pied gauche. Alors en mettant bien l'enfant en face dans la position hanche droite qu'elle prenait dès qu'elle avait le temps de la réflexion, on lui prit le pied gauche pour le mettre à l'aplomb du pied droit, et lorsque l'enfant fut persuadée que cette position était possible, on la lui fit prendre volontairement. Puis plusieurs fois de suite on lui ordonna de partir pied gauche en avant, on lui fit prendre appui à cloche pied indifféremment sur l'un ou l'autre membre.

En un petit quart d'heure elle fut guérie et le lendemain elle quittait l'hôpital sans boiter.

Observation VI

Communiquée par le docteur HALLÉ, médecin des hôpitaux

En mars 1905, un de mes confrères me pria de donner mes soins à une jeune fille de 15 ans immobilisée au lit depuis le mois de novembre, atteinte, au dire des confrères qui l'avaient vue, d'une coxalgie avec raccourcissement. Au mois d'août précédent elle avait fait une chute de bicyclette sans gravité et avait présenté une légère contusion de la hanche. Elle resta

immobilisée pendant quelques jours, puis se remit à marcher, mais petit à petit des douleurs plus vives étaient apparues dans le membre inférieur droit. La boiterie s'accentua, elle dut rester étendue. Le médecin qui la soignait, pensant à une coxalgie au début, la soumit au traitement de cette maladie et la condamna à l'immobilité. Les douleurs ne cessèrent pas, un état de contracture apparut dans certains muscles et quand je la vis, elle était dans un appareil à extension continue.

L'état général n'avait pas l'air mauvais, c'était une jeune fille normalement développée pour son âge, pâle, d'une constitution un peu délicate. Je fus frappé tout d'abord par le caractère spécial de sa voix à tonalité basse, roque, traînante, tout à fait anormale pour une jeune fille ; les parents, interrogés, nous disent qu'il en est ainsi depuis longtemps.

Mon confrère, très lié avec la famille, avait quelques raisons de suspecter une affection purement névropathique, et c'est ce qui l'avait engagé à remettre la malade aux mains d'un étranger, qui aurait dès lors plus d'autorité sur cette jeune fille et pourrait entreprendre une cure psychothérapique s'il y avait lieu.

Prévenu par les renseignements de mon confrère, avant d'examiner plus à fond la malade je conférais avec les parents et leur demandais l'autorisation d'entreprendre la cure de cette affection par tous les moyens qui me semblaient bons, alors même qu'ils pouvaient leur paraître un peu étranges. La famille me donna toute liberté d'agir à ma guise et certain de leur confiance j'examinai la malade.

Après avoir enlevé l'appareil à extension continue qu'elle portait depuis quatre mois, je constatais que la jambe malade était dans un état d'amaigrissement marqué, très raccourcie et en abduction. En même temps, j'étais frappé de l'état général de contracture musculaire de la hanche et de tout le membre. Mais aucune trace d'abcès, aucune hypertrophie ganglionnaire, aucun raccourcissement vrai à la mensuration. Il n'existait aucun trouble de la sensibilité dans aucun de ses modes, ni thermoanalgésie, ni retard, ni dissociation syringomyéliques.

Déjà ce premier examen laissait supposer une erreur de diagnostic et penser à la nature purement névropathique de l'affection. Cependant la malade accusait des douleurs au niveau de la hanche et du genou, mais ces douleurs que la palpation ne semblait pas exagérer et qui étaient assez vives pour occasionner des réveils brusques la nuit avaient résistées à l'extension continue et au massage et il était difficile d'en trouver l'explication.

Par le palper je confirmais l'absence de luxation de la hanche, la situation de la tête du femur était normale. Si la mensuration accusait un raccourcissement de quatre centimètres il était dû à la contracture considérable de toute la hanche, des muscles, petri trochantériens et même de la masse lombaire.

Mon diagnostic de coxalgie hystérique était fait, je déclarais immédiatement à la malade que l'absence de lésion osseuse ou articulaire me permettait de lui assurer une guérison certaine et peut-être prompte si elle voulait bien se soumettre au traitement que je lui indiquerai. Cette jeune fille, intelligente, avait du reste le plus ferme désir de guérir.

Elle ne me donna pas toute sa confiance immédiatement, ce n'est que petit à petit que j'arrivais à la gagner, surtout à partir du moment où elle put se rendre compte des progrès qu'elle faisait chaque jour. Je décidai de lui faire quotidiennement une visite de rééducation motrice en cherchant à détruire chez elle la contracture, puis tous les troubles ayant emmené l'impotence fonctionnelle des membres.

Dans les premières séances malgré la bonne volonté que mettait la malade, il lui était complètement impossible de faire aucun mouvement ; je lui commandais d'abord des mouvements des orteils, je lui déclarais que nous allions commencer par guérir le pied avant de passer au genou et à la hanche. Mais malgré tous nos efforts, malgré tous les moyens employés, tout ce que nous faisions pour vaincre la contracture et diminuer l'équinisme aboutissait à l'inverse de ce que nous cherchions.

Cependant, après 3 ou 4 jours d'imposition des mains sur le pied, de massage et de mobilisation, j'obtins quelques mouvements d'extension et de flexion des orteils et même un peu de flexion du genou. Alors j'essayai de la mettre debout et, la faisant se soutenir par les mains, j'arrivai ainsi après beaucoup d'excitations à la convaincre qu'elle pouvait peut-être garder l'équilibre en cette position, bien que son pied malade demeuré dans un équinisme impossible à vaincre, rendit la station debout difficile. Dans les séances suivantes, j'arrivai petit à petit à diminuer beaucoup la contracture du pied et du genou et j'obtins quelques mouvements de la hanche, mais la malade accusait encore de mes douleurs dans tout le membre. A chaque séance tout était à recommencer, le membre se retrouvait dans la même position que le premier jour, mais en quelques minutes on arrivait à retrouver tout le progrès antérieur. Ce fut la malade qui me fournit le mode de suggestion qui devait la guérir. Lors d'une visite, l'enfant était debout et ne pouvant, malgré mes efforts, obtenir d'elle le moindre pas en avant, elle esquissa très mal un ou deux pas en arrière. Ceci me fit penser que je pourrais profiter de cet essai de marche en arrière pour l'amener à continuer un tel mouvement. A ma grande surprise, mes essais furent meilleurs que ceux que je tentais en avant et j'obtins qu'en lui donnant la main, elle fit quelques pas. J'annonçai alors à la malade qu'avant 8 jours elle marcherait probablement seule et se rendrait d'elle-même à un dîner de famille qui devait avoir lieu. J'avoue que je doutais absolument du succès de la cure, car il m'avait encore été impossible d'obtenir un mouvement de la hanche un peu considérable. Par contre, le pied et le genou avaient retrouvé une partie de leurs mouvements. Dans les séances qui suivirent j'obtins qu'au cours de la marche à reculons, tout en la soutenant, elle décrivit des lignes un peu courbes, puis j'obtins qu'elle esquissa quelques mouvements en avant, enfin je lui fis monter quelques marches d'escaliers en arrière. Dès lors, la guérison me parut certaine. A la date fixée, l'enfant put se rendre, non seule,

mais légèrement soutenue, au repas de famille. A partir de ce moment les progrès furent rapides, je cessais de voir la malade chaque jour, lui déclarant que seule elle ferait mieux que sous ma direction. La guérison fut complète et put partir guérie trois semaines après à la campagne. Depuis cette époque, rien ne s'est produit du côté du membre inférieur, jamais il n'a plus été question de coxalgie et, du reste, il est convenu avec sa famille qu'on aura soin de ne jamais faire allusion à cette maladie devant elle.

En cherchant dans les antécédents de notre malade ce qui a pu déterminer les accidents précédents, on trouve la chute en bicyclette dont nous avons parlé, mais chose plus connue peut-être, une affection que, dans sa jeune enfance, avait pu frapper beaucoup son imagination. A l'âge de 2 ans, elle présente une déformation probablement rachitique des membres inférieurs, déformation qui, d'ailleurs, a disparu sans laisser de traces. Mais, à cette époque, on avait exigé le repos absolu et le port d'un appareil. Certainement cette histoire a dû laisser une trace dans son esprit et explique peut-être les troubles sérieux racontés plus haut survenus à l'occasion d'un léger traumatisme, prolongé et entretenu par une thérapeutique mal conduite et qui ont pendant plusieurs mois amené des craintes sérieuses sur sa santé.

Observation VII

Docteur Lannois. — Lyon-Médical 1905

Jeune femme de 20 ans, sans antécédents héréditaires, de nature faible, tousse depuis l'âge de 8 ans, devient enceinte, a un bébé bien portant qu'elle abandonne à l'hôpital. Fait une salpingite et reste deux mois au service de gynécologie de la Charité

Sort de la Charité, mais peu de temps après elle rentre à l'Hôtel-Dieu pour rhumatismes, on diagnostique une coxalgie tuberculeuse et on la met à l'extension continue.

Améliorée elle sort, se place aux environs, un médecin lui met des pointes de feu et un vésicatoire sur la hanche. Revenue à Lyon elle a plusieurs crises d'hystérie et rentre à l'hôpital avec des ecchymoses provenant des dernières crises, mais se plaignant toujours de la hanche gauche.

A l'examen on constate, immobilité complète de l'articulation coxo fémorale, raccourcissement apparent de 5 à 6 centimètres, adduction et rotation en dedans accompagnée d'atrophie très apparente de la cuisse. Marche en sautant sur la jambe droite. Dès son entrée elle a plusieurs crises, on constate à chaque crise que sa hanche reste contracturée dans la même position, ne prend pas part à la crise.

Le 22 octobre on l'anesthésie au chloroforme, la contracture disparaît complètement, l'articulation est libre. On l'apporte dans la salle et l'on montre aux autres malades ses voisines qu'elle n'a rien.

A son réveil on le lui dit, elle se fâche. Le lendemain elle se promène en traînant la jambe comme une paralytique. Le jour suivant tout avait disparu. Huit jours après elle frottait les parquets.

DIAGNOSTIC

Il n'est pas toujours facile de poser le diagnostic de coxalgie hystérique, nous avons vu par l'étude détaillée de tous les signes, qu'aucun appartient exclusivement à cette affection et l'on doit surtout se baser sur un ensemble de faits. Nous avons assez marqué tout le long de la description, la différence qui existe entre la coxalgie tuberculeuse et hystérique, pour qu'il ne soit besoin d'insister. Si ces deux affections ont presque toujours leurs signes communs, il existe cependant une marche bien différente. Autant l'une est bien localisée, avec ses symptômes fixes, sans variations, autant l'autre est excentrique : enfin l'état général ne peut se comparer pendant ces deux maladies, et l'on est frappé du contraste qui existe entre les difformations, les attitudes vicieuses et le visage du sujet, respirant la santé. Ainsi par un examen attentif, sans avoir recours à la chloroformisation, il est facile d'éviter une erreur, de ne pas maintenir dans des appareils pendant des mois des sujets que l'on peut guérir en quelques instants.

Mais il faut cependant se méfier de tomber dans un excès contraire et méconnaître la lésion tuberculeuse quand elle existe, car un hystérique peut être atteint de coxalgie tuberculeuse, il faudra alors savoir sous les symptômes nerveux, trouver les lésions coxalgiques. Le diagnostic est alors plus méticuleux, mais à l'examen on arrivera au milieu des douleurs si généralisées à trouver des points fixes, répondant, à la lésion, on trouvera des ganglions et on n'aura pas cette intégrité de l'état général. Enfin, si la lésion est avancée, mais à cette condition la chloroformisation aidera à fixer le diagnostic.

Si l'arthrite tuberculeuse est celle qui attire le plus l'attention et à laquelle on doit penser, on doit cependant songer à une arthrite aiguë, mais là il y aura moins de difficultés pour écarter cette idée, car l'arthrite aiguë est toujours accompagnée d'une élévation de température locale et de fièvre, chose que l'on ne trouve jamais dans les lésions hystériques.

La coxalgie hystérique, malgré mille formes qu'elle emprunte, est cependant une affection qui doit se diagnostiquer sans peine, son excentricité est même la meilleure marque qu'elle nous donne pour y arriver.

TRAITEMENT

Avant tout, si l'on veut obtenir de bons résultats, il faut se souvenir que l'on a à faire à des sujets spéciaux, d'une impressionnabilité particulière et que c'est à leur imagination qu'il faut s'adresser. Babinski a défini la coxalgie hystérique une maladie produite par suggestion disparaissant sous l'influence exclusive de la volonté. Cette définition résume à elle seule la conduite à tenir. Chez les quelques malades que nous avons présentés on n'a pas eu recours à d'autre méthode pour guérir, mais c'est au médecin à chercher pour chacun la meilleure manière d'impressionner leur esprit, chose qui n'est pas toujours facile, ce qui réussit chez l'un n'a aucun résultat chez l'autre, aussi faut-il avant tout étudier son malade Si parmi ceux que nous avons vus il a suffi dans certains cas d'ordonner de marcher pour produire la guérison miraculeuse, il en est d'autres où le médecin a été obligé de lutter d'ingéniosité telle dans l'observation du docteur Hallé Ce dernier nous a rapporté aussi le cas d'un enfant qui, s'il n'était pas atteint de coxalgie, avait une

paralysie hystérique dont la guérison mérite d'être signalée pour appuyer ce que nous disions. Ce malade ne pouvant se tenir sur ses jambes, le docteur Hallé lui persuada qu'il pouvait marcher dans l'obscurité, on lui banda les yeux et, en effet, il fit quelques pas. On lui enlèva le bandeau, aussitôt la paralysie se reproduisit, aussitôt le bandeau remis il marcha, mais chaque fois qu'on enleva le bandeau même résultat.

Ne sachant comment s'y prendre, il a l'idée de lui faire mettre un bandeau moins épais, il marche, puis une bande de tarlatane qui lui permet de voir il marche encore, enfin on put l'enlever et lui faire constater qu'il était guéri d'une paralysie qui durait depuis six mois. Ainsi une lésion ancienne peut céder en quelques instants si on sait agir sur son sujet, mais avant tout il faut gagner sa confiance, car il n'est possible d'espérer aucun résultat si le sujet ne se livre complètement.

L'entourage du malade peut être d'un grand secours, on doit lui éviter toutes les émotions possibles, tous les ennuis et l'entourer de beaucoup de distractions, car on ne doit pas laisser le sujet nerveux avec ses idées, il faut l'empêcher de songer à son mal, chose qu'il fait tout le temps.

A côté du traitement moral, on peut soigner l'état général, dans la plus grande partie des cas on a affaire à des sujets affaiblis, il faut les fortifier, l'hydrothérapie aidera à lutter contre leur nature nerveuse, la gymnastique, le massage rendront de grands services.

Mais on ne saurait trop répéter que le traitement de ces affections doit s'adresser à l'esprit avant tout, quand on aura su les suggestionner, les troubles les plus graves disparaîtront.

CONCLUSIONS

Comme nous le disions au début de cette petite étude et comme nous nous sommes efforcé de le prouver, la coxalgie hystérique n'est pas une affection bien déterminée, à symptômes immuables. Il est difficile d'établir son tableau clinique car il n'y a pas deux cas qui se ressemblent. Chaque malade apporte une particularité, on peut même dire souvent une excentricité. D'ailleurs, quoi d'étonnant si l'on songe que l'on a à faire à des sujets à l'imagination toujours en éveil, toujours prêts à saisir ce qu'ils voient et à le reproduire, mais en l'exagérant. Car la coxalgie hystérique, comme l'a dit Babinski, est l'œuvre de la suggestion. Il nous a été permis pour quelques cas de trouver le modèle qui a été imité, mais qui nous dit qu'il n'a pas existé pour les autres, que le coxalgique que nous voyons n'a pas entendu parler, n'a pas lu quelque description qui l'a impressionné et s'est fixée dans son esprit. Comment d'ailleurs expliquer autrement cette boiterie excessive, ces contractures, ces déformations qui, du jour au lendemain, font d'une

personne bien portante une infirme, sinon par l'imitation. On peut remarquer d'ailleurs pour les malades dont on connaît le sujet d'imitation, qu'ils reproduisent seulement ce qu'ils ont remarqué chez lui et avant tout, la boiterie, l'attitude vicieuse, et l'on peut dire avec A, Broca « que la coxalgie hystérique est peut-être aussi variable dans ses manifestations parce que le temps a manqué à ses sujets pour leur éducation.

Ainsi c'est de l'imagination du sujet dont il faut se méfier, c'est elle qui est cause de tout le mal, c'est elle qui donnera les moyens de faire le diagnostic par ses exagérations, c'est elle enfin qui nous aidera à guérir notre malade.

Vu : Le Président de Thèse,
PIERRE MARIE.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Axenfeld. — Traité des névroses.

Briquet. — Coxalgie hystérique.

Broca. — Iconographie de la Salpétrière.

Brodie. — Varioris forms of local hysterye affection. London.

Bonwell. — A treatise on diseases of the points, 1861.

Breton. — Coxalgie hystérique. — Rev. gén. de chir. et clin. Paris, 97.

Babonneix. — In maladie des enfants d'Hutinel.

Carner. — Sur un cas de coxalgie hystérique. — Soc. anat. de Bordeaux, 1897.

Coulson. — Hysterical affection of the hip point. — London journal of. med., 1851.

Crolay. — Thèse de Montpellier.

Charcot. — Leçons.

Dumont. — Sur un cas de coxalgie. — Marseille.

Farbont. — Coxalgie hystérique. — Revue inter. de méd. et chirurgie, 95.

Fazio. — De las contracturias hysterias. — Rev. de méd., 89.

Fenon. — Conhert hyrst an unulation. — Bull. soc. d'anat. et physiol.

Gilles de la Tourette. — Traité de l'Hystérie.

Id. Traithopeller hystérique. — Bull. méd., 1891.

Giraldès. — Maladies chirurgicales des enfants.

Lannelongue. — Coxalgie hystérique. — S. méd. de Bordeaux, 86.

Launois. — Sur un cas de coxalgie. — Soc. de méd., 95.

Laroussine. — Coxalgie hystérique. — Soc. de médec. de Bordeaux.

Mitchell. — Lecture on diseases of nervous hystery.

Minilh. — Della coxalgia nervosa.

Paget. — Leçon de clinique chirurgicale.

Plegeol. — Cas hystérique. — Gyn de Lyon, 6 juin 91.

Richer. — Paralysies et courbature hystérique.

Robert. — Conférence clinique chirurgicale.

Shey. — Hysteria local on surgical forms of hystery. — Londom, 67.

Verneuil. — Progrès méd., 1859. — Bullet. soc. de chirurg. de Paris, 1865.